

吉野川市医師会診療情報共有ネットワーク同意書

吉野川市医師会 様

私は、貴会が運営する診療情報共有ネットワークの趣旨・内容を理解しましたので、同ネットワークに参加する医療機関・施設において、私の診療情報が私の受ける医療介護に活用されることに同意します。

また、私の個人情報を伏せたうえで、ネットワークの統計資料に利用されることについても同意します。

同意年月日 平成 年 月 日

患者氏名(自署)

代理人氏名(自署)

続柄()

説明者氏名(自署)

(主治医 担当CM その他)